

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Berikut adalah hasil pengkajian secara garis besar pada permasalahan Tn.A, sedangkan pengkajian yang lain terdapat di lampiran :

3.1 Hasil Pengkajian

A. BIODATA

1. Identitas Pasien

N a m a : Tn. A
U m u r : 54 tahun
Jenis Kelamin : laki-laki
A g a m a : islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : wiraswasta
Gol. Darah : -
A l a m a t : Pakis

2. Identitas Penanggung Jawab

N a m a : Ny. S
U m u r : 50 tahun
Hubungan dgn Klien : istri klien
Pendidikan : SD
Pekerjaan : ibu rumah tangga
A l a m a t : Pakis
Diagnosa Medis : CKD (Chronic Kidney Disease)

B. ANAMNESE

a. Keluhan Utama (Alasan MRS) :

Saat Masuk Rumah Sakit : Nyeri pinggang

Saat Pengkajian : Mual

b. Riwayat Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan awalnya merasa Mual yang terkadang sampai Muntah sampai tidak nafsu makan nasi hanya makan beberapa potong roti saja, dan terdapat benjolan yang akhirnya dokter menyarankan operasi di bagian leher sebelah kiri yang terdapat benjolan tersebut. Klien mengatakan awalnya masuk rumah sakit ini sebelumnya datang ke poli bedah pada tanggal 20/02/2019 karna merasa pinggang kanan dan kiri terasa nyeri yang sangat Status Nyeri (Jika Ada Keluhan) mengganggu aktivitas sehari-hari dan terkadang makan sampai mual bahkan sampai tidak nafsu, saat diperiksa di poli bedah RSSA Dokter menyarankan saya untuk di rawat untuk pemeriksaan lebih lanjut lagi dari sebelumnya ini. Pada tanggal 23/02/2019 klien di rawat.

c. Riwayat Penyakit Yang Lalu :

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah sakit atau memiliki riwayat sakit apapun yang sampai di rawatpun tidak pernah, baru ini sakit dan masuk rumah sakit yang sampai di operasi pula baru ini. Klien mengatakan sebelumnya klien pernah atau sering mengkonsumsi jamu-jamuan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Klien mengatakan dari keluarga klien tidak ada yang menderita sakit apapun, istri klien pun mengatakan kalau dari keluarga siapapun tidak ada yang sakit seperti ini dan sampai di operasi ini baru suami saja yang mengalami seperti ini di keluarga kami.

e. Pola kebersihan diri / Personal Hygiene :

Klien mengatakan kalau di rumah mandi sehari 2x, sikat gigi sehari 2x, ganti pakaian sehari 2x, memotong kuku kalau sudah merasa panjang dan kotor langsung di potong, mencuci rambut sehari 1x. Sedangkan di rumah sakit saat di rawat klien mengatakan tidak pernah mandi sama sekali hanya di seka

bagian wajah saja, mengganti baju kadang sehari 1x kadang 2hari 1x tergantung kotor atau tidak, mencuci rambut tidak pernah saat di rumah sakit, memotong kuku juga tidak dilakukan oleh klien atau keluarga klien serta menggosok gigi klien kadang sehari 1x kadang tidak sama sekali.

f. Aktivitas Lain

Klien mengatakan hanya tidur saja tidak ada aktivitas yang lain karna masih tidak kuat untuk bangun dari tempat tidur, kadang hanya miring kanan kiri saja dan belajar sedikit2 duduk.

C. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Tensi : 130/70 mmHg

Nadi : 86x/hari

RR : 22x/menit

Suhu : 36,4°C

Kesadaran compos mentis, GCS 456

b. Pemeriksaan leher

Inspeksi : bentuk leher simetris, tidak peradangan, tidak ada perubahan warna, tidak ada massa, terdapat luka post operasi di bagian kiri.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, posisi trakea simetris.

c. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada massa / benjol, kesimetrisan, tidak ada bayangan pembuluh darah vena.

Auskultasi : bising usus klien 7x/menit (N = 5 – 35 X / menit).

Palpasi : Palpasi hepar : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran, perabaan lunak, permukaan halus, Palpasi apendik : tidak ada nyeri tekan, palpasi ginjal : terdapat sedikit nyeri, tidak ada pembesaran ginjal.

Perkusi : terdengar bunyi timpani.

d. Pemeriksaan ekstremitas / muskuloskeletal

Tidak ada masalah pada ekstremitas klien, hanya saja klien masih belum bisa menengok kanan dan kiri akibat luka post operasi di bagian leher klien.

e. Pemeriksaan kulit / integument

Kulit klien terlihat kering, tidak ada lesi, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada nyeri tekan, turgor kulit baik, tidak ada masalah pada integritas kulit klien.

f. Pemeriksaan rambut

Penyebaran rambut merata, rambut rontok, bau khas, warna rambut hitam, permukaan kulit rambut kotor.

g. Pemeriksaan kuku

Kuku terlihat kotor, kuku berwarna pink pucat.

h. Pemeriksaan neurologi

Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1) Menilai respon membuka mata | 4 |
| 2) Menilai respon Verbal | 5 |
| 3) Menilai respon motorik | 6 |

Setelah dilakukan scoring maka dapat diambil kesimpulan : (Compos Mentis). Tidak ada keluhan pada neurologi klien hanya saja klien masih belum bisa menengok ke arah kiri yang post operasi di bagian leher kiri

j. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal, 27/02/2019.

a) Darah lengkap

Leukosit	: 6.48 $10^3/\mu\text{L}$ (N : 3.500 – 10.000 / μL)
Eritrosit	: 1.72 $10^6/\mu\text{L}$ (N : 1.2 juta – 1.5 juta μL)
Trombosit	: 274 $10^3/\mu\text{L}$ (N : 150.000 – 350.000 / μL)
Haemoglobin	: 6.20 gr/dl (N : 11.0 – 16.3 gr/dl)
Haematokrit	: 48.30 gr/dl (N : 35.0 – 50 gr / dl)

b) Kimia darah

Ureum	: 60 mg/dl	(N : 10 – 50 mg / dl)
Creatinin	: 2.5 mg/dl	(N : 07 – 1.5 mg / dl)
SGOT	: -	(N : 2 – 17)
SGPT	: -	(N : 3 – 19)
BUN	: -	(N : 20 – 40 / 10 – 20 mg / dl)
Bilirubin	: 2.16 mg/dl	(N : 1,0 mg / dl)
Total Protein	: -	(N : 6.7 – 8.7 mg /dl)
GD puasa	: 125 mg/dl	(N : 100 mg/dl)
GD 2 jpp	: -	(N : 140 – 180 mg / dl)

c. Analisa elektrolit

Natrium	: 137 mmol/l	(N : 136 – 145 mmol /l)
Kalium	: 4.71 mmol/l	(N ; 3,5 – 5,0 mmol / l)
Clorida	: -	(N ; 98 – 106 mmol / l)
Calsium	: -	(N : 7.6 – 11.0 mg / dl)
Phospor	: 11.6 mg/dl	(N : 2.5 – 7.07 mg / dl)

k. Terapi yang telah di berikan

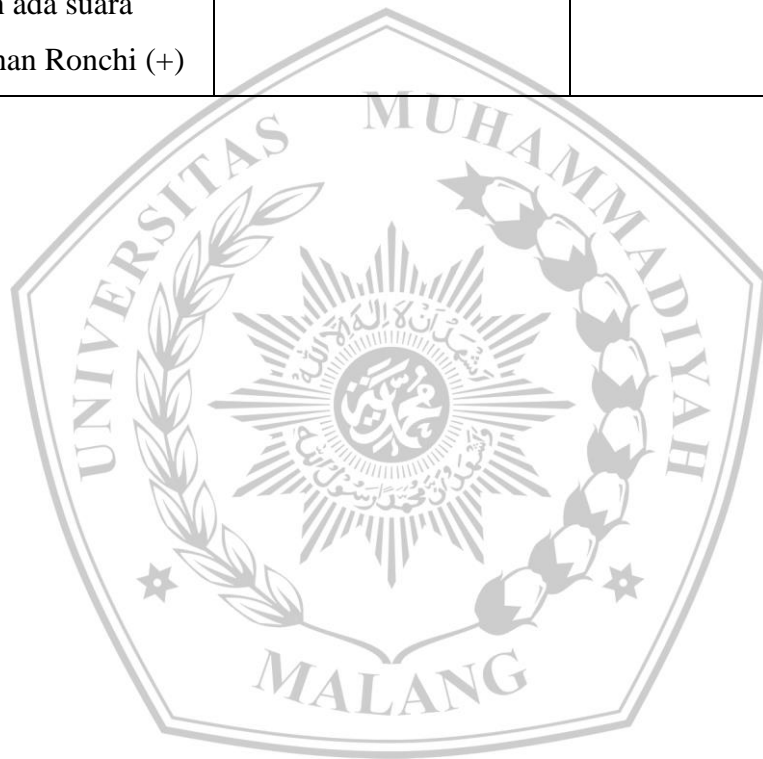
1. Injeksi intravena Furosemid 3x40gr
2. Injeksi intravena Amlodipin
3. Injeksi intravena Ondansetron 2x 8mg
4. Captropil 3x500mg
5. Bisoprolol
6. Albumin
7. Terpasang infus NS 1000cc/24jam
8. Transfusi 2 Labu

3.2 ANALISA DATA

Menurut, (Nanda, 2015 - 2017)

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan merasa tidak nafsu makan yang terkadang sampai mual, tidak nafsu makan dan minum juga tidak nafsu.</p> <p>DO :</p> <p>Klien terlihat lemas, kesadaran compos mentis, GC 456, Pemeriksaan tanda – tanda vital : * Bising usus : 7x/menit</p>	<p>Program pengobatan</p>	<p>Mual</p>
<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan kalau selama dirawat di rumah sakit tidak pernah mandi dan hanya ganti baju dan celana itu kadang sehari 1x</p>	<p>Kelemahan</p>	<p>Defisit perawatan diri : Mandi</p>

<p>DO :</p> <p>Klien terlihat tirah baring dan kurang rapih pakaian bajunya dan klien tercium aroma yang kurang enak untuk dihirup.</p> <p>Klien mengalami batuk produktif dengan ada suara tambahan Ronchi (+)</p>		
---	--	--



DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nama TTD
1.	26/02/2019	Mual b/d Program pengobatan	
2.	26/02/2019	Defisit perawatan diri : mandi b/d kelemahan	



3.3 INTERVENSI / RENCANA KEPERAWATAN

Tgl/jam	No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)																		
26/02/19 15.00	Dx 1	<p>Mual b/d Program pengobatan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mual & muntah: efek yang mengganggu pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>1. Asupan cairan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>menurun</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Asupan makan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>berkurang</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3. Kehilangan selera makan</td><td></td><td></td></tr></table> <p>➤ keterangan :</p> <p>1. parah</p> <p>2. banyak</p> <p>3. cukup</p> <p>4. sedikit</p> <p>5. tidak ada</p>	Indikator	Awal	Akhir	1. Asupan cairan	3	5	menurun	3	5	2. Asupan makan	3	5	berkurang			3. Kehilangan selera makan			<p>Manajemen Mual</p> <p>1. Dorong pasien untuk belajar strategi mengatasi mual sendiri.</p> <p>2. Lakukan penilaian lengkap terhadap mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat keparahan, dan faktor pencetus.</p> <p>3. Evaluasi dampak dari pengalaman mual pada kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, prestasi kerja, tanggung jawab peran dan tidur).</p> <p>4. Identifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadap mual (misalnya obat-obatan dan prosedur)</p> <p>5. Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin</p>
Indikator	Awal	Akhir																			
1. Asupan cairan	3	5																			
menurun	3	5																			
2. Asupan makan	3	5																			
berkurang																					
3. Kehilangan selera makan																					

			<p>membangkitkan mual (misalnya, bau yang tidak menyenangkan dan stimulus visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>6. Dorong pola makan dengan porsi sedikit makanan.</p>																		
26/02/19 16.00	Dx 2	<p>Defisit perawatan diri : mandi b/d kelemahan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri : kebersihan pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Akhir</th></tr><tr><td>1. Mempertahankan kebersihan mulut</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2. Mengeramas rambut</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3. Menyisir rambut</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4. Mempertahankan penampilan yang rapih</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>5. Mempertahankan kebersihan tubuh</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> <p>➤ keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sangat terganggu2. Banyak terganggu3. Cukup terganggu4. Sedikit terganggu5. Tidak terganggu	Indikator	Awal	Akhir	1. Mempertahankan kebersihan mulut	3	5	2. Mengeramas rambut	3	5	3. Menyisir rambut	5	5	4. Mempertahankan penampilan yang rapih	3	5	5. Mempertahankan kebersihan tubuh	3	5	<p>Bantuan perawatan diri : Mandi/kebersihan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan, suasana rileks, privasi, dan pengalaman pribadi.2. Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien.3. Berikan bantuan sampai pasien benar benar mampu merawat diri secara mandiri.4. Fasilitas pasien atau keluarga untuk mandi sendiri, dengan tepat.
Indikator	Awal	Akhir																			
1. Mempertahankan kebersihan mulut	3	5																			
2. Mengeramas rambut	3	5																			
3. Menyisir rambut	5	5																			
4. Mempertahankan penampilan yang rapih	3	5																			
5. Mempertahankan kebersihan tubuh	3	5																			

3.4 IMPLEMENTASI

Hari pertama : Tanggal 26 Febuari 2019

No Dx	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi	
Dx 1	26/02/19 15.00	1. Mengajarkan klien untuk menangani mual sendiri dengan cara menghindarimakanan yang buat klien merasa mual.	S : klien mengatakan masih merasakan mual dan kadang sampai muntah, dan tidak nafsu makan terasa seperti tidak enak.	
	15.10	2. Meminta keluarga untuk menghindari makanan yang dapat membuat klien merasa mual.	O : klien terlihat lemas, klien terlihat pucat, terlihat makanan klien masih tersisa banyak, terdapat bisisng usus 7x/menit. Pemeriksaan tanda-tanda vital :	
	15.15	3. Meminta keluarga atau klien untuk tetap memberikan makanan sedikit tapi sering.	TD : 120/70mmHg, Nadi : 85x/menit	
	15.15	4. Memberitahu klien dan keluarga mual dan muntah yang terjadi itu bisa jadi efek dari HD/Cuci Darah.	Suhu : 36,5°C Respiratory : 22x/menit	
	18.00	5. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 130/70mmHg Nadi : 98x/menit	A : masalah teratasi sebagian 1. Asupan cairan menurun (3) 2. Asupan makan berkurang (3) 3. Kehilangan selera makan (3)	

		Suhu : 36,3°C Respiratory : 22x/menit	P : Lanjutkan intervensi 1,2 dan 3	
Dx 2	26/02/19			
	16.20	1. Mengganti sarung bantal klien yang kotor	S : klien mengatakan masih belum mandi dari habis operasi kemarin sampai sekarang karna takut terkena luka tersebut kalau mandi dan hanya diseka saja dengan air pada bagian wajah tanpa menggunakan sabun atau pembersih yang lain.	
	16.25	2. Membantu klien menjaga privasi dengan cara menutup lingkungan sekitar dengan menggunakan sketsel.	O : klien masih terlihat tidak rapih, klien masih terlihat berantakan, klien masih terlihat lemas, kuku klien masih panjang dan kotor.	
	16.30	3. Meminta keluarga untuk tetap menjaga kebersihan diri klien dengan cara mengganti baju 2x sehari, ataupun menyeka 2x sehari.	A : masalah teratasi sebagian	
	16.35	4. Meminta keluarga untuk tetap memfasilitasi kebersihan klien.	1. Mempertahankan kebersihan mulut (3) 2. Mengeramas rambut (3) 3. Menyisir rambut (3) 4. Mempertahankan penampilan yang	

			<p>rapih (3)</p> <p>5. Mempertahankan kebersihan tubuh (3)</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1, ,2, 3, 4, dan 5.</p>	
--	--	--	--	--

Hari kedua : Tanggal 27Februari 2019

No Dx	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi	
Dx 1	27/02/19			
	09.00	1. Menanyakan klien masih mual atau tidak	S : klien mengatakan masih merasakan mual	
	09.05	2. Menanyakan kepada klien kalau mulai masih inget tau tidak caranya.	dan kadang sampai muntah, dan tidak nafsu makan terasa seperti tidak enak.	
	09.10	3. Meminta keluarga untuk tetap menghindari makanan yang dapat membuat klien merasa mual.	O : klien terlihat lemas, klien terlihat pucat, terlihat makanan klien masih tersisa banyak,	
	09.15	4. Meminta keluarga atau klien untuk tetap memberikan makanan sedikit tapi sering.	terdapat bisisng usus 7x/menit. Pemeriksaan tanda-tanda vital :	
	0920	5. Memberitahu klien dan keluarga mual dan muntah yang terjadi itu bisa jadi efek dari HD/Cuci	TD : 120/70mmHg, Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5°C Respiratory : 22x/menit A : masalah teratasi	

	11.00	Darah. 6. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 130/70mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,3°C Respiratory : 22x/menit	sebagian 1. Asupan cairan menurun (3) 2. Asupan makan berkurang (3) 3. Kehilangan selera makan (3) P : Lanjutkan intervensi 1,2 dan 3	
	08.00	7. Kolaborasi dengan tim medis lainnya yaitu dokter dengan memberikan klien obat ondansetron sesuai dengan kebutuhan klien yang di sarankan dokter.		
Dx 2	27/02/19			
	08.00	1. Mengganti sarung bantal klien yang kotor.	S : klien mengatakan masih belum mandi hanya di seka saja karna masih belum bisa mandi, karna ada luka post operasi.	
	08.05	2. Mengganti sprai klien yang kotor.		
	08.10	3. Meminta keluarga untuk menyeka tubuh klien.	O : klien masih terlihat tidak rapih, klien masih terlihat berantakan, klien masih terlihat lemas, kuku klien masih panjang dan kotor.	
	08.15	4. Membantu klien untuk tetap menjaga privasi dengan cara menutup lingkungan sekitar dengan menggunakan sketsel.		

	08.20	5. Meminta keluarga untuk tetap menjaga kebersihan diri klien dengan cara menggant baju 2x sehari, ataupun menyeka 2x sehari.	A : masalah teratasi sebagian 1. Mempertahankan kebersihan mulut (3) 2. Mengeramas rambut (3) 3. Menyisir rambut (5)
	08.25	6. Meminta keluarga untuk tetap memfasilitasi kebersihan klien.	4. Mempertahankan penampilan yang rapih (4) 5. Mempertahankan kebersihan tubuh (3) P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

Hari ketiga : Tanggal 28 Februari 2019

No Dx	Tanggal / jam	Implementasi	Evaluasi
Dx 1	28/02/19		
	09.00	1. Menanyakan klien masih mual atau tidak.	S : klien mengatakan masih merasakan mual tetapi tidak separah sebelumnya, hari ini sudah tidak terlalu merasa mual seperti itu.
	09.05	2. Menanyakan kepada klien kalau mulai masih inget tau tidak caranya.	
	09.10	3. Meminta keluarga untuk tetap menghindari makanan yang dapat	O : klien terlihat lemas, klien terlihat pucat, terlihat makanan klien masih tersisa banyak,

		membuat klien merasa mual.	terdapat bisinsg usus 7x/menit. Pemeriksaan tanda-tanda vital :	
	09.15	4. Meminta keluarga atau klien untuk tetap memberikan makanan sedikit tapi sering.	TD : 120/70mmHg, Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5°C Respiratory : 22x/menit	
	09.20	5. Memberitahu klien dan keluarga mual dan muntah yang terjadi itu bisa jadi efek dari HD/Cuci Darah.	A : masalah teratasi sebagian 1. Asupan cairan menurun (4) 2. Asupan makan berkurang (4) 3. Kehilangan selera makan (4)	
	11.00	6. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 130/70mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,3°C Respiratory : 22x/menit.	P : Hentikan intervensi klien pulang	
	08.00	7. Kolaborasi dengan tim medis lainnya yaitu dokter dengan memberikan klien obat ondansentron sesuai dengan kebutuhan klien yang di sarankan dokter.		
Dx 2	28/02/19 08.00	1. Mengganti sarung	S : klien mengatakan	

		bantal klien yang kotor.	masih belum mandi hanya di seka saja karna masih	
	08.05	2. Mengganti sprai klien yang kotor	belum bisa mandi, karna ada luka post operasi.	
	08.10	3. Meminta keluarga untuk menyeka tubuh klien.	Klien mengatakan pula kalau dirinya mau pulang jadi mandinya di rumah saja.	
	08.15	4. Membantu klien untuk tetap menjaga privasi dengan cara menutup lingkungan sekitar dengan menggunakan sketsel.	O : klien masih terlihat tidak rapih, klien masih terlihat berantakan, klien tidak begitu terlihat lemas sudah bisa duduk, kuku klien sudah pendek dan sudah di potong..	
	08.20	5. Meminta keluarga untuk tetap menjaga kebersihan diri klien dengan cara menggant baju 2x sehari, ataupun menyeka 2x sehari.	A : masalah teratasi sebagian	
	08.25	6. Meminta keluarga untuk tetap memfasilitasi kebersihan klien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan kebersihan mulut (3) 2. Mengeramas rambut (3) 3. Menyisir rambut (5) 4. Mempertahankan penampilan yang rapih (4) 5. Mempertahankan kebersihan tubuh (3) <p>P : Hentikan intervensi klien pulang.</p>	